

FORMULAIRE D'ORIENTATION DES SITUATIONS

A TRANSMETTRE par MSS à pta974@oi.mssante.fr

EMETTEUR DE LA DEMANDE	PERSONNE CONCERNÉE
NOM : Prénom : Fonction : Organisme : Adresse : Téléphone : Mail : Médecin traitant : Médecin Informé <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	NOM : Prénom : NOM (d'épouse): Date de naissance : Âge : Sexe : Adresse : CP et Commune : Téléphone : - Situation familiale : Statut d'hébergement : Localisation actuelle : Protection juridique : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> ne sait pas <input type="radio"/> demande en cours Si oui : type de mesure : Nom de la personne nommée : Téléphone de la personne nommée : Si demande en cours : Personne à l'origine de la demande : La personne est-elle informée de la demande ? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Accepte-t-elle que sa situation soit évoquée avec d'autres professionnels <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> ne sait pas
PERSONNE RESSOURCE	AIDES EXISTANTES
NOM : Prénom : Nature du lien : Adresse : Commune : Téléphone : Mail : Personne informée de la demande : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> ne sait pas Commentaires libres :	Equipe de prise en charge <input type="radio"/> IDEL: <input type="radio"/> KINE: <input type="radio"/> Pharmacien: <input type="radio"/> Médecins spécialistes: <input type="radio"/> Autres (SSIAD-HAD-CMP ...) à préciser: Maintien à domicile <input type="radio"/> Portage de repas <input type="radio"/> SAD/SAAD <input type="radio"/> Téléassistance <input type="radio"/> Autres : Service social <input type="radio"/> Conseil départemental <input type="radio"/> Polyvalence de secteur <input type="radio"/> CCAS <input type="radio"/> APA <input type="radio"/> MDPH <input type="radio"/> Autres :
RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :	
TTT- Antécédents... <i>(vous pouvez nous adresser les dernières ordonnances et comptes rendus médicaux)</i>	

0 800 444 974

OBJECTIFS d'intervention de la PTA:

Merci de préciser l'objet de la demande:

- Sécurisation du maintien à domicile
- Sécurisation du retour à domicile
- Prévention de l'épuisement de l'aidant
- Aide au placement
- Violences intra familiales

BESOINS EXPRIMÉS PAR L'ENTOURAGE :

ENVIRONNEMENT DU PATIENT

- Épuisement de l'aidant
- Notion d'isolement (*absence ou fragilité du lien social avec la famille, l'entourage...*)
- Évolution de la vie sociale (*rupture progressive ou brutale avec l'entourage, décès d'un proche...*)
- Risque ou suspicion d'abus de faiblesse, de maltraitance et/ou de vulnérabilité
- Problématique familiale compromettant le maintien à domicile (*conflits familiaux ou conjugaux, déni de la maladie, interlocuteurs multiples.*)
- Sentiment d'épuisement des professionnels

Informations complémentaires :

ASPECTS ECONOMIQUES

- Difficultés dans la gestion administrative
- Difficultés financières

HABITAT / SÉCURITÉ

- Logement inadapté
- Comportement(s) à risque
- Absence de moyens de communication
- Isolement géographique

SANTÉ

- Suivi médical absent ou irrégulier
 - Troubles cognitifs (*problèmes de mémoire, d'orientation dans le temps et/ou l'espace...*)
 - Troubles du comportement
 - Troubles sensoriels
 - Troubles nutritionnels (*perte de poids, d'appétit, difficultés à se nourrir...*)
 - Troubles addictifs
 - Symptôme(s) physique(s)
 - Grabatisation récente
 - Chutes fréquentes (*plus de 2 dans les 6 derniers mois*)
 - Hospitalisations répétées (*plus de 2 dans les 6 derniers mois*)
- Motif :
- Lieu d'hospitalisation, si connu :
- Difficultés dans la gestion des médicaments
 - Maladie chronique nécessitant un suivi médical régulier
 - Autre:

AUTONOMIE

- Difficultés dans les actes essentiels de la vie (*se nourrir, se laver, se vêtir, aller aux toilettes...*)
- Difficultés dans les actes de la vie domestique (*courses, ménage, préparation des repas, linge, budget, moyens de communication...*)
- Difficultés dans les activités personnelles et de loisirs (*Ne peut plus faire ce qu'elle aimait, peur de sortir...*)
- Refus d'aides et/ou de soins par la personne et/ou son entourage
- Refus/arrêt d'intervention de professionnels
- Difficultés de mobilité

Informations complémentaires :